

Согласно проведенному исследованию А. Barasb с соавторами (2015 г.) была вынесена теория воспаления, при которой локальная травма эндометрия приводит к развитию местной воспалительной реакции, что, в свою очередь, может способствовать установлению взаимодействия между бластоцистой и эндометрием. Воспалительный процесс индуцирует выработку провоспалительных цитокинов и последующую рекрутировку макрофагов и других иммунных клеток, которые участвуют в процессе имплантации. По-видимому, гистерорезектоскопический скретчинг в значимой степени активизирует пролиферативно-секреторные процессы и взаимодействие между бластоцистой и эндометрием в сравнении с гормонотерапией, которая не достигает максимальной эффективности ввиду низкой рецептивности эндометрия и невозможности достаточного связывания аналогов эстрадиола и прогестерона на рецепторы к половым стероидам.

Выводы.

1. Пациенткам с «тонким» эндометрием и бесплодием, а также при неудачных попытках ЭКО возможно использовать метод гистерорезектоскопического скретчинга для активизации пролиферативно-секреторного потенциала и локальных иммунных процессов слизистой матки.

2. Гормонотерапия аналогами половых стероидных гормонов является менее (в 2 раза) эффективным методом ведения пациенток с бесплодием и «тонким» эндометрием, что основано на изменении рецептивности и восприимчивости к нидации бластоцисты слизистой матки.

Литература:

1. Mahajan, N. Endometrial receptivity array: clinical application / N. Mahajan // J. Hum. Reprod. Sci. – 2015. – Vol. 8, N 3. – P. 121–9.
2. Рецептивность эндометрия у женщин с нарушениями репродуктивной функции / С.С. Аганезов [и др.] // Журн. акуш. и жен. бол. – 2017. – № 16. – С. 135–142.
3. Корсак, В.С. Регистр центров ВРТ в России. / В.С. Корсак, А.А. Смирнова, О.В. Шурыгина // Отчет за 2014 год. Проблемы репродукции. – 2016. – №-22(5). – С. 10–21.
4. Local injury to the endometrium doubles the incidence of successful pregnancies in patient undergoing in vitro fertilization / A. Barasb [et al.] // Fertil&Steril. – 2015. – Vol. 79, N 6. – P. 1317–22.

УДК 618.2-083/618.39-079

ОЦЕНКА РАЦИОНА ПИТАНИЯ, ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАННИХ СРОКАХ

Дроздова М.С.¹, Савенок Ю.Н.¹, Дроздова М.Ю.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

Поликлиническое отделение поликлиники №5 ГУЗ «ВГЦП»², г. Витебск

Введение. Проблема спонтанного прерывания беременности является актуальной проблемой современного акушерства. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении угрожающих самопроизвольных выкидышей, частота их в популяции колеблется от 10% до 20-25% от всех беременных [1]. Доказано, что риск невынашивания беременности выше у женщин после искусственных абортов (особенно у первобеременных); у женщин с хромосомными аномалиями; с патологией матки; с эндокринной патологией; с инфекционными и соматическими заболеваниями [2]. Все большее значение приобретает влияние на вынашивание беременности социальных факторов [2]. Недостаточно изучено влияние особенностей питания беременных женщин и их трофологического статуса на риск прерывания беременности в ранние сроки [3].

Цель работы. Изучить особенности анамнеза, трофологический статус и организацию питания беременных женщин для оценки возможного их влияния на риск самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках.

Материал и методы. С информированного согласия проведено медико-социальное исследование 75-ти будущих матерей в возрасте от 19 до 38 лет. Из них 53 (I группа, опытная) находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении ВОКСЦ с угрозой самопроизвольного выкидыша (СПВ) в сроках до 16 недель; остальные 22 (II группа, контрольная) – здоровые беременные женщины (таких же сроков), добровольно пожелавшие участвовать в исследовании. Данные, полученные при расспросе, вносились интервьюерами в специально разработанную таблицу – опросник, состоящий из разделов «Анамнез жизни», «Акушерский анамнез», «Особенности питания». Кроме частоты использования в пищу тех или иных продуктов, изучались также пищевые предпочтения респонденток и продукты, от которых они вынуждены были отказаться во время беременности из-за их «непереносимости» (извращения вкуса, обоняния и проч.). Объективное исследование включало определение антропометрических показателей (масса в кг, рост в м), Индекса массы тела (ИМТ), измерение объема талии (в см) и индекса Талия/Бедра. Полученные результаты обрабатывались общепринятыми статистическими методами с использованием программ EXEL и STATISTICA 5,0.

Результаты и обсуждение. Опытная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту ($28,6 \pm 0,64$ и $25,4 \pm 1,05$ лет соответственно) и социальному статусу (процент работающих – 81,8% и 84,9%).

Сравнительный анализ данных общего и акушерского анамнеза в сравниваемых группах показал небольшие различия по следующим параметрам. 8 (18,6%) женщин из опытной группы (с угрозой СПВ) жили в гражданском браке – в контрольной группе (без угрозы) таких было только 3 (9,09%). Возраст мужа (отца будущего ребенка) в группе с угрозой СПВ был несколько выше, чем в контрольной ($29,8 \pm 1,04$ года против $26,6 \pm 1,09$ лет). На стрессы на работе и дома достоверно чаще указывали женщины опытной группы: $n=33$ (62,26%); по сравнению с контрольной: $n=5$ (22,73%). Однако «незапланированным» ребенка назвали 4 женщины из контрольной группы (18,18%) и 4 (7,55%) – из опытной группы. Достоверно отличаются сравниваемые группы и по количеству женщин, перенесших медицинские аборт: 2 (9,09%) во II группе против 17 (32,08%) – в I ($P<0,05$), что не противоречит данным литературы [2]. По другим показателям (наличие сопутствующей патологии, курение в анамнезе, случаи невынашивания прошлых беременностей) различий не обнаружено.

Результаты антропометрии в исследуемых группах существенно не отличались. Количество женщин с ИМТ больше 25 кг/м^2 было сопоставимо (24,5% в I группе – против 22,73% во II группе). Объемы талии и индексы Талия/Бедра также были примерно одинаковыми.

Результаты расспроса беременных женщин о состоянии их питания представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Особенности питания женщин во время беременности

Показатели	I группа (с угрозой, n=53)		II группа (без угрозы, n=22)	
1. Питаюсь регулярно n,%	50	94,33%	20	90,91%
2. Частота приема пищи реже 3-4 раз в день n,%	16	30,19%	12	54,55%
3. Есть непереносимость отдельных продуктов n,%	17	32,08% □	3	13,64%
4. Употребл-е молока/мол.продуктов --не ежедневно (через день и реже) n,%	22	41,51%	8	36,36%
5. Употребл-е говядины/ свинины реже 1-2 р/нед. n,%	11	20,76%	4	18,18%
6. Курица: 1-2 раза в неделю и реже n,%	21	39,62%	10	45,45%

7.Яйца: 1 раз в неделю и реже	n,%	25	47,17%	9	40,91%
8.Рыба: реже 1 раза в неделю или не едят	n,%	23	43,4%	7	31,82%
9.Свежие фрукты/ соки: 1-2 раза в нед. и реже	n,%	3	5,66%	1	4,55 %
10.Овощи/ зелень: 1-2 раза в неделю и реже	n,%	8	15,09%	4	18,18%
11.Картофель: ежедневно или через день	n,%	32	60,38%	9	40,91%
12.Каши: 1 раз в неделю и реже	n,%	15	28,3% ▢	1	4,55%
13.Углеводы (булки, сладости и проч.): ежедневно/почти каждый день	n,%	15	28,3%	7	31,82%

Примечание: ▢ - $P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Данные Таблицы 1 свидетельствуют о незначительных различиях рационов беременных женщин в исследуемых группах. Исключение составляют лишь каши (гречневая, перловая, овсяная и проч.) – беременные на ранних сроках из I группы употребляют их гораздо реже, чем женщины контрольной группы. Можно предположить, что одной из причин угрозы самопроизвольных выкидышей в ранних сроках являются запоры как следствие вялой кишечной перистальтики, вызванной недостаточным заполнением кишечника элементами растительных волокон, содержащихся в кашах.

Кроме этого, женщины с угрозой СПВ значительно чаще указывали на непереносимость отдельных видов пищи: печень, масло, сыры (См. Табл.1).

Выводы. Наиболее значимыми факторами, приводящими к угрозе самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках со стороны матери, являются: 1) частые стрессовые ситуации на работе и в семье; 2) медицинские аборт в прошлом; 3) редкое (1 раз в неделю и реже) употребление в пищу крупяных каш.

Литература:

1. Лысенко, О.В. Психологическое состояние женщин, недоношенная беременность и исход для новорожденного / О.В. Лысенко, В.П. Дубова, С.В. Лысенко // Здоровье детей Беларуси : сб. матер. VII съезда педиатров Респ. Беларусь. – Минск, 1999. – С. 130–131.

2. Денисова, Т.Г. Проблемы неэффективного деторождения : моногр. / Т.Г. Денисова. – Чебоксары, 2006. – 200 с.

3. Котова, Г.Н. Состояние питания беременных женщин / Г.Н. Котова, Л.В. Белова, С.И. Савельев // Гастроэнтерология С.-Петербурга. – 2003. – № 3. – С. 84.

УДК618.15-002.2-055.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ДОПУБЕРТАТОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Жукова Н.П., Киселева Н.И., Щитенко Ю.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Клинические проявления хронических вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста, независимо от этиологии, имеют много общего, что затрудняет их своевременную диагностику, лечение и требует проведения дальнейших исследований[1].

Цель. Изучить особенности клинической картины хронических вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста в период ремиссии.

Материал и методы. С целью выявления клинических особенностей хронических вульвовагинитов в стадии ремиссии у девочек допубертатного возраста нами обследованы 110 девочек нейтрального возраста с данной патологией, состоящих на диспансерном учете у детского гинеколога (основная группа) и 25 практически здоровых девочек, обратившихся к гинекологу для проведения профилактического осмотра. Девочки